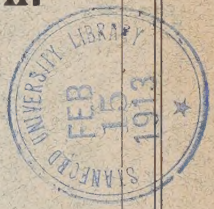
Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Beitrag zur Lehre von den hysterischen Gehstörungen.



Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Albrecht Reue,

oapprb. Arzt und Zahnarzt aus Evenhausen (Lippe).

Kiel 1912.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik zu Kiel.

Beitrag zur Lehre von den hysterischen Gehstörungen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Albrecht Reue,

approb. Arzt und Zahnarzt aus Evenhausen (Lippe).

Kiel 1912.

Druck von H. Fiencke.

No. 15.

Rektoratsjahr 1912/13.

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Heine,

z. Z. Dekan.

Dem Andenken
seiner verstorbenen Mutter.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0230

Bekanntlich kommen im Verlaufe einer schweren Hysterie Lähmungen der verschiedensten Art vor, die garnicht selten zu Verwechslungen mit anderen Erkrankungen führen: Das Eigentümliche der hysterischen Lähmungen ist die Tatsache, daß die Lähmungserscheinungen sich niemals auf einen Muskel oder auf das von einem Nerv versorgte Muskelgebiet beschränken, sondern daß sie ganze Gliedmaßen, Körperteile, die nach der Meinung des von der Krankheit befallenen Patienten ein Ganzes bilden und eine bestimmte Funktion bedingen, befallen; wie schon gesagt, treten die Lähmungen in verschiedener Stärke auf, bald handelt es sich nur um eine Energielosigkeit, um eine Willensschwäche der Patienten, sie geben sich nicht die Mühe, die Muskeln zu gebrauchen, oft ist es nur eine allgemeine oder auf einzelne Körperteile beschränkte Muskelschwäche. Während die Lähmungen, die durch ein organisches Leiden bedingt sind, fast immer mit degenerativer Atrophie der befallenen Teile einhergehen, ist dies bei den hysterischen Paresen nicht der Fall, durchweg behalten die hysterisch paretischen Muskeln ihr normales Volumen; selten wird die Erscheinung beobachtet, daß sich nach längerem Nichtgebrauch der gelähmten Gliedmaßen die sogenannte Inaktivitätsatrophie entwickelt, auch diese pflegt nur eine sehr mäßige zu sein. Vorhin ist schon erwähnt worden, daß die hysterischen Lähmungen immer ganze Gliedmaßen oder Körperteile betreffen, die nach der Ansicht der Kranken eine bestimmte Funktion haben, so die Sprache, die Stimme, Lähmungen des Gaumensegels und der Schlingmuskulatur, sodann auch

die Augen und Gesichtsmuskeln. An den Gliedmaßen ist in den letzten Jahren eingehend behandelt worden die hysterische Paraplegie der unteren Extremitäten, die hysterische Astasie-Abasie.

Blocq's Verdienst ist es, zuerst auf diese eigentümliche, im Verlaufe einer schweren Hysterie auftretende Störung des Geh- und Stehapparats hingewiesen zu haben, er bezeichnet diese Erscheinung als Astasia-Abasia; das Hervorstechende dieser Lähmung ist, daß das gewöhnliche Stehen und Gehen den Patienten einfach unmöglich ist oder nur ganz mangelhaft von ihnen ausgeführt wird, während alle anderen motorischen Leistungen der unteren Extremitäten weder eine Beschädigung der Bewegungskraft noch eine Störung der koordinierten Bewegungen darbieten, liegen die Patienten im Bett, so führen sie alle die beim Stehen und Gehen nötigen Bewegungen sofort aus, oft wird man dann auch finden, daß kaum Störungen in der Bewegungskraft vorhanden sind.

Seitdem Blocq auf diese Krankheit hingewiesen hat, hat sich die Literatur über die hysterische Abasie-Astasie gehäuft, es sind eine Reihe von Fällen beschrieben worden; der dieser Arbeit zu Grunde liegende Fall von hysterischer Astasie-Abasie ist von Siemerling im Jahre 1910 in der Kieler Klinik beobachtet, er ist deswegen von großem Interesse, als er zu einer Fehldiagnose ursprünglich geführt hat. Andererseits hat sich ergeben in der Literatur, daß sich die Astasia-Abasia auch bei anderen Erkrankungen findet. So gibt es eine hypochondrische Abasia-Astasia. Die von dieser Krankheit heimgesuchten Patienten stehen unter dem Einfluß des Wahns, nicht stehen und gehen zu können, ganz primär tritt dieser hypochondrische Wahn auf, oft tritt die Steh- oder Gehlähmung durch einen plötzlichen Affektsshok auf. Nicht selten finden wir eine spezielle Veranlassung für die Abasie-Astasie; in der Literatur sind Fälle beschrieben, die als Ursache ein Trauma anführen, Infektionskrankheiten und Vergiftung mit Kohlenoxyd; hervorgehoben mag noch werden, daß bei weiblichen Personen schwere Partus eine Astasie-Abasie mit sich gebracht haben. Die angeführten Krankheits-

formen sind beobachtet worden, die weitaus häufigste Ursache der Astasie-Abasie ist die Hysterie. Nach Blocq im Jahre 1888 beschreibt zuerst Wilson 1899 einen typischen Fall von hyterischer Astasie-Abasie bei einer 24jährigen Frau, die auch sonst hysterische Symptome bot und auch hereditär belastet war. Zugleich mit Wilson beobachtete Urriola eine hysterische Astasie-Abasie; dieser Fall bietet deswegen Interesse, als es sich um einen Neger handelt; außer dem Symptomenkomplex der Astasie-Abasie bestanden auch sonst noch ausgesprochene Zeichen von Hysterie. Im Jahre 1900 berichtet Köster folgende beiden Fälle.

Ein 12 Jahre altes Mädchen vermochte nach einem Notzuchtsversuch auf der Treppe ihrer Wohnung nicht mehr auf dieser Treppe zu gehen, sondern sie fiel um und konnte sich nicht mehr erheben; wenn sie die Treppe hinuntergetragen wurde, konnte sie unten ebenfalls nicht stehen oder gehen, während sie in den Zimmern der Wohnung selbst ungehindert stehen und gehen konnte. Im Laufe der eingeleiteten Therapie schon nach der ersten kräftigen Faradisation konnte Patientin gestützt die Treppe hinaufgehen; nach 4 Sitzungen war die kleine Patientin geheilt.

Der zweite Fall betrifft eine 25 Jahre alte Patientin, die, ohne ganz bestimmte Symptome von Hysterie zu bieten, als hysterisch anzusehen war. Sie hatte nach ihren Angaben an Dysmennorrhoe, epileptiformen Anfällen, öfterem Bluthusten und Bluterbrechen gelitten, ohne daß nur ein einziges Mal Blut im Sputum, in dem Erbrochenen und in den Faeces nachgewiesen werden konnte. Alle Speisen erbrach sie, magerte bedenklich ab, klagte über Schmerzen im Abdomen, das eingezogen und überall druckempfindlich war, besonders im Epigastrium, jedoch nirgends Dämpfung und Resistenz; den Urin konnte sie nicht lassen, sondern sie mußte stets katheterisiert werden. Durch Isolation, künstliche Ernährung und schwache Suggestion hob man allmählich den Ernährungs- und Kräftezustand. Als Patientin das Bett verlassen wollte, konnte sie weder stehen noch gehen, obwohl sie im Bett alle gewünschten Bewegungen ausführen

konnte, Tabes und jegliche Erkrankung des zentralen Nervensystems war auszuschließen; durch suggestive Behandlung und Massage wurde allmähliche Besserung erzielt, Faradisation schien keine Wirkung auszuüben, die Besserung machte langsame, aber stetige Fortschritte, sodaß die Kranke nach ungefähr ½ Jahre auf ihr Verlangen entlassen werden konnte. Ihr Gang glich noch immer dem einer Seiltänzerin mit nach vorn auf den Weg gerichtetem Blick und ausgestreckten Armen.

Zu derselben Zeit berichtet Terrien von einem 38 jährigen Mann, der hereditär belastet, stets nervös und leicht reizbar war; der jetzige Zustand hatte sich vor 4 Jahren entwickelt und war seitdem unverändert. Patient konnte seit dieser Zeit nicht gehen und nicht stehen, sondern zog sich mühsam auf den Knien und Ellenbogen vorwärts; bei ihm bestand noch die eigentümliche Erscheinung, daß beide Unterarme mit gelähmt waren, in der Rückenlage wurde mit den unteren Extremitäten noch etwas Kraft geleistet, die Kniephänomen waren stark erhöht, aber Fußclonus und Spasmen fehlten, auch der Zehenreflex war normal, keine visceralen Störungen, nirgends Anästhesie. Trotz der Schwere des Krankheitsbildes wurde vollständige Heilung in einmaliger hypnotischer Sitzung erreicht. Über die von Hammer im Jahre 1905 behandelten 5 Fälle von hysterischer Astasie-Abasie soll noch gesprochen werden im weiteren Verlauf der Arbeit bei der Therapie des Falles von Siemerling und der der hysterischen Astasie-Abasie überhaupt. Interessant, besonders für die Beurteilung der von Siemerling beobachteten hysterischen Astasie-Abasie, sind die von Wimmer im Jahre 1908 beschriebenen Fälle; hier hatten ursprünglich wirkliche organische Leiden vorgelegen, nach der Heilung war die Astasie-Abasie eingetreten; Wimmer hebt besonders die psychische Genese des Krankheitsbildes hervor, er nennt es: »Die Erinnerung an frühere Krankheit.«

Die einzelnen Fälle mögen hier kurz berichtet werden; im ersten entstand im Anschluß an ein leichtes Trauma die Gehstörung und war verbunden mit linksseitiger Hemiparese, linksseitiger Hemianalgesie und einer geradezu grotesken

Hemiastasia sinistra, der linke Patellarreflex fehlte. Im zweiten Falle, einer Depressionsfraktur des rechten Os temporale, war die Gehstörung ursprünglich otogener Natur; erst nachdem die organischen Processe im Vestibularapparat zur Ruhe gelangt waren, trat die hysterische Astasie-Abasie immer stärker hervor. In den übrigen Fällen, in denen sich die Gehstörung an Erkrankungen des Mittelohrs anschloß, war die differential-diagnostische Unterscheidung von organisch bedingten Veränderungen im Hörapparat nicht leicht, die psychische Genese bestand in allen diesen Fällen in der: »Erinnerung an die frühere Krankheit«, an den ursprünglich otogenen Schwindel und an die durch diesen ausgelöste Gehstörung; in den übrigen 4 Fällen war ein Gehirnabszeß ein Tumor cerebelli, ein organisches Gehirnleiden und im letzten Falle, wo einseitige Plegie des Nerv. oculomotor und des Nerv. facialis vorlagen, eine fractura basis vorgetäuscht worden.

Die von Siemerling im Jahre 1910 beobachtete hysterische Astasie-Abasie, auf die in der vorliegenden Arbeit näher eingegangen werden soll, liegt ähnlich; es handelt sich um ein 16 jähriges Mädchen, das im März 1910 in die Kieler Klinik kam; die Diagnose war ursprünglich auf Spondylitis tuberculosa der Brustwirbelsäule beziehentl. Myelitis gestellt worden. Zum besseren Verständnis möge die Vor- und Krankengeschichte vorausgehen.

Rosa Gr., geboren den 17. Dezember 1894 zu M. in Holstein, z. Zt. wohnhaft in W. in Holstein, befindet sich seit dem 5. III. 1910 in der psychiatrischen Universitätsklinik in Kiel, vor der Aufnahme war sie schon monatelang krank, am 22. VII. 1910 wurde sie geheilt entlassen.

Bei der Aufnahme am 5. März 1910 wurde von der begleitenden Gemeindeschwester anamnestisch Folgendes festgestellt:

Die Schwester kennt die Patientin schon seit $^5/_4$ Jahren, als 9 jähriges Mädchen sei die Kranke nach Angabe der Mutter schon im Kreiskrankenhaus zu Oldenburg (Holstein) wegen Wirbelentzündung gewesen, sie habe bis jetzt $1^1/_2$ Jahre im Streckbett in der Schlinge gelegen, seit einem Jahre stehe

sie wohl zeitweise auf, seit einiger Zeit pflege sie auf dem Sofa zu liegen, die Kranke sei sehr empfindsam und von der Mutter und den Nachbarn sehr verzogen worden, sie weine sehr leicht, in der letzten Zeit sei sie nach Angabe der Mutter sehr aufgeregt, Appetit sei gut, aber sie erbreche sehr viel, dazu klage sie seit einem Jahre über Schmerzen im Leib. Referentin sah sie als Gemeindeschwester nur gelegentlich; am Tage vorher brachte die Mutter die Kranke auf Anordnung des behandelnden Arztes in das Krankenhaus in Oldenburg, von Anfällen sei nichts bekannt, die Schmerzen seien sehr wechselnd. Referentin gab noch an, daß die Mutter der Patientin selbst sehr nervös wäre.

Bei der Aufnahme in der Kieler Klinik wurde folgender Status gemacht:

Patientin wird von der Gemeindeschwester gebracht und in die Villa aufgenommen, die Größe beträgt 156 cm, das Gewicht 42,5 kg, Temperatur beträgt 36,4. Patientin ist grazil gebaut, leidliche Ernährung, Haut am Hals und Rücken bräunlich pigmentiert, Kopf auf Beklopfen nicht empfindlich, blasse Schleimhäute, Iris stark pigmentiert, sonstiger äußerer Augenbefund ohne Besonderheiten, Nervus VII symmetrisch, Zunge gerade, etwas belegt, zittert etwas, Gaumenbögen gleichmäßig gehoben, die Rachen- und Konjunktivalreflexe positiv, die Sprache ohne Besonderheiten. Kniephänomen beiderseits lebhaft, Andeutung von Klonus, Achillessehnenreflex beiderseits positiv, lebhaft, Zehenreflex schwach plantarwärts, Sensibilität intakt, spitz und stumpf werden unterschieden, Schmerzempfindung normal, Puls 90, regelmäßig, schwach gefüllt und etwas gespannt.

Herztöne rein, Lungen ohne Befund, linke untere Bauchseite bei Druck anscheinend sehr empfindlich.

Patientin sitzt mit steifem Rücken in (halbliegender) schräger Richtung auf dem Stuhl, richtet sich auf Aufforderung mühsam, doch allein auf, stützt sich dabei fortwährend auf. Patientin kann zwar ohne Unterstützung stehen, doch steht sie in verschränkter, nach der linken Seite gebeugter Haltung da und sucht sich fortwährend zu stützen, in dieser Haltung geht sie, auch die linke Hand

in die linke Seite gestemmt, mühsam vorwärts, macht dabei fortwährend übertriebene Balancebewegungen, Romberg negativ; die obere Brustwirbelsäule ist ohne bestimmte Lokalisation etwas klopfempfindlich.

Patientin ist aufmerksam, faßt leicht auf, ist orientiert, Fragen aus dem 1×1 werden jedoch vielfach nicht gelöst, sie gibt an, vom 6.—13. Jahre in die Schule gegangen zu sein, sie habe gut gelernt.

Hauptstadt Deutschlands? —

Was ist Berlin? —, habe Alles vergessen.

Kaiser? Wilhelm I.

Dessen Vater? Wilhelm I.

Patientin kennt die Uhr, das Geld, kann Liederverse aufsagen.

Monat rückwärts? 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, . . . 4, 5, . . . 1, 2, . . . 3.

Auf Befragen gibt Patientin an: Ihre Mutter sei gesund, jedoch rege sie sich leicht über jede Kleinigkeit auf, Vater und Geschwister seien gesund, sie selbst sei seit ihrem 2. Lebensjahre krank, mit $^5/_4$ Jahren habe sie angefangen krank zu werden, auf der Lunge sei sie krank gewesen und zwar längere Zeit damals, dann sei sie mit 4 Jahren wieder etwa 1 Jahr krank gewesen an der Lunge, sie habe immer gekränkelt und sei eigentlich nie gesund gewesen. Mit 9 Jahren habe sie einige Wochen im Krankenhause zu Oldenburg gelegen, weil der rechte Lungenflügel »kaput« gewesen sei, seitdem habe sie auch immer Schmerzen im Rückgrat, (dabei zeigt sie auf eine Stelle in der Mitte der Brustwirbelsäule) habe in der Schule oft fehlen müssen, weil sie Schmerzen im Rücken und auf der rechten Seite hatte. Seit dem 13. Lebensjahre liege sie nun dauernd zu Bett, $1^1/_2$ Jahre im Streckbette, der Arzt habe gesagt, wegen Wirbelentzündung, an der bezeichneten Stelle habe sie viel Schmerzen gehabt. Seit Ostern 1909 sei sie wieder öfters außer Bett gewesen, doch meist nur einige Minuten, seit November habe sie immer auf dem Sofa gelegen, beim Gehen und Stehen habe sie sich immer gehalten, sie rege sich seit dieser Zeit über Alles leicht auf und weine leicht. Ostern 1909

habe sie oft Schwächeanfälle gehabt, wenn die Mutter sie hinstellte und dann weggegangen wäre, sei sie vor Schwäche hingefallen.

Im Jahre 1908 habe sie häufig Herzklopfen gehabt, jetzt nicht mehr, auch habe sie manchmal Kopfschmerzen in den Schläfen gehabt, die Menses beständen seit dem 13. Lebensjahre, 4 wöchentlich und stark.

Patientin biegt die Wirbelsäule stark nach hinten, kann dieselbe auf Aufforderung auch nach vorn beugen, klagt dabei über starke Schmerzen in der linken unteren Bauchgegend.

6. III. 1910. Die Druckempfindlichkeit betrifft 4—5 der obersten Brustwirbeln, eine circumscripte Druckempfindlichkeit besteht nicht, Patientin zieht die obere Wirbelsäule beim Betasten sehr stark ein. Beim Versuch zu gehen nimmt die Kranke die unmöglichsten Stellungen, zu denen große Kraftanstrengung gehört, ein, sie kreuzt dabei die Beine übereinander, windet den Oberkörper hin und her wie ein Schlangenmensch, stemmt dabei die Hand in die linke Hüfte, die angeblich sehr schmerzhaft ist; unter diesen übertriebenen Balancebewegungen kann Patientin allein stehen. In der ganzen linken Psoasgegend ist palpatorisch nichts zu finden, was auf einen krankhaften Prozeß hindeuten könnte.

7. III. 10. Patientin weint viel, will auch nicht essen, schläft angeblich garnicht, macht einen verzärtelten Eindruck.

8. III. Patientin nimmt auf Zureden das Essen zu sich, Schlaf angeblich schlecht.

11. III. Geht allein, setzt langsam einen Fuß vor den anderen wie eine Seiltänzerin, beständig vor sich hinsehend, den vorzusetzenden Fuß läßt sie immer unnötig lange in der Luft, sodaß sie dauernd auf dem jeweiligen Standbein balancieren muß, hat fortwährend das Bestreben, das linke Bein statt es direkt vorzusetzen, vor dem rechten zu kreuzen und das rechte statt es vorzusetzen, hinter dem linken zu kreuzen, klagt nach jeder Übung über Schmerzen in beiden Lendengegenden; Appetit heute besser.

28. III. Gang ist trotz täglicher Übungen immer noch sehr langsam und vorsichtig.

2. IV. Setzt ohne Unterstützung, langsam und vorsichtig tastend, einen Fuß vor den anderen, läßt den Rücken nach hinten sinken, klagt beim Gehen immer über Schmerzen in der Schenkelbeuge; weint und ist ärgerlich, wenn sie glaubt, man nehme auf ihre Schmerzen nicht genug Rücksicht, sie will nach Hause.

9. IV. Noch keine wesentliche Besserung, klagt immer noch über heftige Schmerzen, wenn sie sich so schnell bewege. Als ihr darauf zugeredet wird, sie müsse die Furcht vor den Schmerzen überwinden, erklärt Patientin sich selbst widersprechend, sie achte auch garnicht mehr auf die Schmerzen.

18. IV. Patientin geht immer sehr langsam, unbeachtet ist der Gang zeitweise etwas freier und natürlicher, klagt öfters über Schmerzen im Unterleib.

24. IV. Klagt dauernd, schlecht geschlafen zu haben, berichtet es jedes Mal mit einem zufriedenen Lächeln und etwas affektiertem Augenaufschlag; es macht den Eindruck, daß die Patientin sich freut, wenn sie etwas von sich berichten kann.

30. IV. Will sich nicht zu den anderen Patientinnen in die Nähstube setzen, läßt sich widerstrebend hineinführen, drückt mit den Händen die Augen zu, benimmt sich wie ein Kind, befolgt nicht die Aufforderung, die Nadel in die Hand zu nehmen und zu stopfen. Erst auf ernstliche Mahnung beschäftigt sich Patientin nach Weggang des Referenten mit der Arbeit, tut so, als hielte sie sich für etwas besser als die anderen.

29. V. Patientin ist in der letzten Zeit lenksamer geworden, ißt jetzt mit den anderen Patientinnen zusammen, geht, jedoch immer langsam und vorsichtig, klagt bei passiver Beschleunigung des Ganges sofort über Schmerzen im Leib. Die Neigung, die Beine beim Gang schlecht zu abduzieren, besteht immer noch, fängt jetzt an, das Fußgelenk weniger steif zu halten und statt mit dem Ballen mehr mit dem Absatz aufzutreten.

5. VI. Patientin geht im Garten, wenn sie sich unbeobachtet fühlt, ganz leidlich, auch schneller als sonst,

sehr geziertes Wesen, will nicht in der Nähstube mitarbeiten, tut es erst auf vieles energisches Zureden.

18. VI. Ab und zu bringt die Kranke Klagen über Kopfschmerzen vor, sucht sich, wo sie kann, vor der Arbeit zu drücken, zeigt noch immer ein geziertes Wesen, geht unbeobachtet leidlich.

2. VIII. Die Kranke sollte in ein anderes Zimmer verlegt werden, sträubt sich heftig dagegen, weint, benimmt sich wie ein Kind, beklagt sich zweimal bei dem Direktor der Klinik, arbeitet etwas in der Nähstube.

22. VIII. Hat in der letzten Zeit fleißiger gearbeitet, Patientin wird von den Verwandten abgeholt und in die Heimat entlassen.

Der Bericht der Pflegerin bringt nichts Besonderes; aus der Gewichtstabelle geht hervor, daß das Gewicht der Patientin sich allmählich etwas gehoben hat.

Die Diagnose Hysterie, hysterische Abasie-Astasie ist in dem vorliegendem Falle klar; zur Unterstützung der Diagnose mag der Bericht des Arztes hier angeführt sein, der vor der Aufnahme in die Klinik die Patientin behandelt hat. Darnach ist die Kranke erblich belastet, die Mutter ist eine nervös sehr labile Person; in dem letzten Jahre hatte sie mehrfach Krankheitsanfälle, die auf hysterischer Basis beruhten, wie der Arzt sich äußerte. Gegen unsere Patientin sind die Eltern stets sehr nachgiebig gewesen, besonders die Mutter hat durch ihre geradezu übertriebene Sorgfalt für ihr Kind und durch die breitesten Auseinandersetzungen über die Erscheinungen und Leiden in Gegenwart der Tochter vor allen den Menschen, die sich viel um die Kranke bekümmerten, die einzelnen Krankheitssymptome bei der Patientin suggestiv noch befestigt; in der Anamnese giebt Patientin an, daß sie allmählich so schwach geworden wäre, daß sie nicht mehr habe stehen und gehen können. Fest steht, daß die Kranke in ihrem 8.—9. Lebensjahre an einer leichten Spondylitis gelitten hat, von diesem Leiden ist sie aber geheilt worden. Nachdem nun unsere Patientin mehrere Jahre gesund gewesen ist, traten plötzlich wieder heftige Schmerzen in der Brustwirbelsäule auf, die Prozessu spinales

wurden auf Druck äußerst schmerzhaft und es traten auch sonst noch Erscheinungen ein, die dem behandelnden Arzt die Diagnose Spondylitis tuberculosa sicher erscheinen ließen. Trotz der sorgfältigsten und langen, über Jahre sich erstreckenden Behandlung trat nicht die geringste Besserung ein, im Gegenteil es stellten sich Erscheinungen ein, die eine Mitbeteiligung der Psyche sicher erscheinen ließen. Es trat heftiges Erbrechen ein nach jeder Mahlzeit, Schmerzhaftigkeit in der linken Unterbauchgegend; bis zu der Aufnahme in die Kieler Klinik brach Patientin regelmäßig nach jeder Mahlzeit, jedoch blieb sie dabei in einem guten Ernährungszustande, mit der Aufnahme in die Klinik hörte das Erbrechen auf. Eine Spondylitis hätte bei der langen Dauer der Krankheit zu einer Miterkrankung des Rückenmarks, zu einer Myelitis führen müssen; durch eine mehr oder weniger ausgesprochene Leitungsunterbrechung hätten sich die bekannten Symptome einer Myelitis einstellen müssen, wie Lähmungen, Sensibilitätsstörungen der verschiedensten Art, Störungen der Darm- und Blasenfunktionen u. s. w.; bei Sitz der Entzündung in den oberen Teilen der Brustwirbelsäule hätten die bekannten Symptome besonders in den oberen Extremitäten, im Gebiet des Thorax und auch des Abdomen sich einstellen müssen. Die Annahme, daß es sich in unserem Falle auch um Simulation handeln könne, ist bei Betrachtung der Sachlage ganz hinfällig. Eine andere Gehstörung käme noch in Betracht, nämlich die Akinesia algera; von Möbius wurde sie zuerst abgegrenzt und folgendermaßen beschrieben:

Es ist eine wegen Schmerzhaftigkeit der Bewegungen gewollte Bewegungslosigkeit, ohne daß doch eine greifbare Unterlage der Schmerzen zu finden wäre; bei der Akinesia algera ist das Primäre der Schmerz und wegen der Schmerzen werden die Steh- und Gehbewegungen nicht ausgeführt; durch die Untersuchung und sachgemäßes Befragen der Kranken kann man bald diese Krankheitsform ausschließen. Auch bei den verschiedenen Formen von Vertigo kommen Steh- und Gehstörungen vor, indessen ist der Vertigo immer das Primäre und sekundär treten erst die Störungen vonseiten des Bewegungsapparats auf; eine Verwechslung mit

Tabes dorsalis oder der Friedrich'schen Krankheit ist in unserem Falle wohl nicht möglich. Bei unserer Patientin kann es sich nur um eine Hysterie handeln, es geht dies hervor aus der Anamnese, dem Verhalten der Kranken, aus dem Verlaufe der Krankheit und den mannigfachen und wechselnden Erscheinungen derselben; etwas auffällig ist, daß die Astasie-Abasie bei unserer Patientin inbetreff der Stärke und Heftigkeit gewechselt haben; eine ausgesprochene Abasie liegt vor, die Astasie ist nicht ganz so klar hervorgetreten. Wie schon gesagt, hat die Krankheit ursprünglich zu der Fehldiagnose Spondylitis tuberculosa bezw. Myelitis geführt; man sieht einerseits, welche Schwierigkeiten einer exakten Diagnose gegenüberstehen, andererseits, wie wichtig für gewisse Fälle Krankenhausbehandlung, wo eine längere Beobachtung und eine Ausnutzung aller diagnostischen Hilfsmittel möglich gemacht werden kann, ist.

Die Therapie der hysterischen Astasie-Abasie, wie der Hysterie überhaupt, wird vorzugsweise in psychischer Beeinflussung, ferner in methodischer Gymnastik, wie Massage, Elektrisieren, Faradisieren u. s. w., bestehen; nach den Ergebnissen, wie sie uns die Litteratur bringt, ist von der methodischen Gymnastik zu sagen, daß sie sehr wechselnde Erfolge zeitigt, sie versagt manchmal vollständig. Die Hysterie ist eine Krankheit psychogenen Ursprungs, darum muß die Grundbehandlung eine psychische sein. Der Patient bleibt vorläufig im Bett, man gewöhnt ihn durch Massage, aktive und passive Gymnastik, durch Elektrisieren an den Gedanken, daß seine Beine wieder leistungsfähiger geworden sind, allmählich läßt man den Patienten aufstehen und mit Unterstützung des Arztes einige Schritte machen. Nach und nach hört die Unterstützung beim Gehen auf und die Zahl der selbständig ausgeführten Schritte wird häufiger; diese Übungstherapie übt einen großen Einfluß auf die Psyche des Kranken aus, die Ausgestaltung dieser Übungstherapie hat man mit dem Ausdruck »Willenstherapie und Willensgymnastik« bezeichnet; auch in unserem Falle ist so verfahren worden; die Patientin ist gesund entlassen worden.

Hammer berichtet im Jahre 1905 über 5 Fälle von

hysterischer Astasie-Abasie; über die Therapie bringt er Folgendes:

Die Therapie besteht in einer Art Isolierkur, verbunden mit einer systematischen Hebung der gehinderten Bewegungen. Erstere wird innerhalb des Krankenhauses vermittelst spanischer Wände erzielt, sodaß Patient seinen Nachbarn nicht sieht, auch von ihm nicht gesehen werden kann, aber wohl denselben oder seine Unterhaltung mit anderen Kranken hören kann, wodurch sein Verlangen nach Genesung gesteigert werden soll; außer einer reichlichen Ernährung, besonders mit Milch, werden nun zweckmäßig passive und aktive Bewegungen vorgenommen und zwar zuerst Fußbewegungen, Beugen der unteren Extremitäten im Knie, gewisse Lagerungen mit gebeugtem Knie, Spreizen der Beine von einander im Liegen, endlich Aufsitzen mit auf der Brust gekreuzten Armen, wenn diese Bewegungen gut eingeübt sind, werden sie mit Widerstand ausgeführt. Dann kann man allmählich den Übergang finden, zunächst Aufstehen vom Stuhl, Stehen auf den Zehenspitzen, Kniebeugen, endlich kommt das Gehen in den verschiedensten Tempis und Formen, sowie das Treppensteigen; die Erfolge dieser hauptsächlich suggestiv wirkenden »Übungsgymnastik« sind, wie Hammer in seinem Berichte schreibt, ganz hervorragende, alle fünf Patienten wurden geheilt, sie gewannen ihren normalen Gang wieder; ob die Hammersche Therapie Anhänger gefunden hat und ob sie weiter angewendet worden ist, läßt sich nicht sagen, in der Literatur findet sich nichts hierüber. Bei der Behandlung der hysterischen Astasie-Abasie nach einem bestimmten Schema zu verfahren, wird nicht immer möglich und auch nicht angebracht sein, man wird vor allen Dingen den individuellen Eigenheiten des einzelnen Falles Rechnung tragen müssen.

Die Prognose bei unserer Patientin ist als durchaus günstig zu betrachten; nach einem Aufenthalt von 4½ Monaten in der Kieler Klinik ist sie geheilt nach der Heimat entlassen worden, die Gefahr eines Recidivs bleibt indessen bestehen, wodurch die an und für sich günstige Prognose unseres Falles eine Trübung erfährt, bis jetzt, etwa 2 Jahre

nach der Aufnahme in die Klinik, ist von einem Rückfall nichts bekannt geworden; auch im Allgemeinen ist die Prognose bei der hysterischen Astasie-Abasie günstig, nach der Literatur ist in reichlich 80% der beobachteten Fälle von Astasie-Abasie, die auf hysterischer Basis beruhten, Heilung erreicht worden.

Zu berichten ist noch der Brief vom November 1911, den die Angehörigen unseres Patienten an den Direktor richteten; darnach ist die Patientin ganz gesund, jedoch klagt sie noch immer über Schwäche und Schmerzen im Rücken.

* * *

Zum Schluß der Arbeit sei mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Falles und sein liebenswürdiges Interesse an der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Jahresbericht, Neurologie und Psychiatrie (Berichte von Blocq, Wilson, Urriola, Terrien, Hammer).
2. Archiv für Psychiatrie.
3. Binswanger, Die Hysterie.
4. H. Oppenheim, Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
5. Binswanger-Siemerling, Lehrbuch der Psychiatrie.
6. Robert Lohrengel, Hysterische Psychosen mit schweren Lähmungen. Inaug.-Dissert. Tübingen 1898.
7. Fritz Bokelberg, Beitrag zu der Lehre von den hysterischen Lähmungen. Inaug.-Dissert. Kiel 1904.
8. Hermann Wentzel, Beitrag zu der Lehre von der Astasie-Abasie. Inaug.-Dissert. Kiel 1908.
9. C. König, Hysterische Astasie-Abasie nach Trauma. Inaug.-Dissert. Kiel 1909.

Lebenslauf.

Am 12. Juni 1882 wurde ich, Albrecht Reue, reformierter Konfession, als Sohn des Gutsbesitzers Julius Reue und seiner Frau Elise, gebor. Peters-Meier, zu Evenhausen (Lippe) geboren. Ich besuchte die Gymnasien Lemgo i. Lippe, Hannover (Institut Gildemeister) und Friedland i. M., wo ich Ostern 1902 die Reifeprüfung bestand.

Dann studierte ich an den Universitäten Marburg, Rostock und Kiel Medizin und Zahnheilkunde.

Das Physikum bestand ich im Sommer 1906 in Rostock, die zahnärztliche Prüfung Ostern 1908 in Kiel, desgleichen Sommer 1909 auch die ärztliche Prüfung in Kiel. Das praktische Jahr erledigte ich an der Provinzialirrenanstalt Dziekanka bei Gnesen, an der Heil- und Pflegeanstalt Lankwitz bei Berlin und an der Diakonissenanstalt zu Flensburg.

In meinem Verhältnis zu dem Militär gehöre ich jetzt der Ersatzreserve an; zur Zeit bin ich in der allgemeinen ärztlichen Praxis tätig, jedoch gedenke ich mich später nur der zahnärztlich-spezialärztlichen Praxis zu widmen.